#### Załącznik nr 5b do SWZ

**Nr postępowania: ZP/27/24**

Wykonawca:..………………………………………………………………………….....................................….…

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez: ……………………………………………………………………………...………………………….…

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

|  |
| --- |
| **Oświadczenie Wykonawcy**  |

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, pn.: **PREPARATY I SPRZĘT DO LECZENIA NERKOZASTĘPCZEGO**

oświadczam/(-my), co następuje:

Oferowany przez nas przedmiot zamówienia posiada wszystkie wymagane aktualne dokumenty (deklaracja zgodności wyrobu z wymaganiami zasadniczymi wystawiona przez producenta, certyfikat zgodności jednostki notyfikowanej, jeżeli brała udział w ocenie zgodności i zgłoszenie/powiadomienie do Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych) dopuszczające do obrotu i stosowania zgodnie z przepisami ustawy z dn. 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych

(Dz.U.2022, poz. 974 z dnia 2022.05.09), zgodnie z obowiązującymi przepisami i zobowiązujemy się do ich przekazania na każde żądanie Zamawiającego.

 .................................. ................... ...........................................

 *miejscowość data pieczęć i podpis*